

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1219/2019		APPLICATION DATE: 23/12/2019	
NAME of APPLICANT: SHAILABALA DEY		AGE-YEARS: 74	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SURENDRA PANDIT			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GUSAYPUR, NALIKUL, HOOGHALY 712407, WEST MEDINICAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100X12 = 25200		(Attach Proof of Income)	
PAN No. SURENDRA PANDIT			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / हा / नहीं	
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	SHAILABALA DEY	74	F
2.	AMIT KUMAR DEY	43	M
3.	ASHIM KUMAR DEY	35	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF			
SON			
SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)			
EWS Certificate (Attach Certificate Copy)			
Ration Card (Attach Copy)			
Any Other Basis/Proof			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Sr. No. क्रम संख्या	DIAGNOSIS — CATARACT — RE		
2.	SURGERY — RE (SIT + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक द्वारा घोषणा यतः**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी कतार है कि सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पद पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, इस राशि का आंशिक या पूर्णतः निरस्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक द्वारा कृत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी जानकारी को सुविधा है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एनपी न्यासी, रजि. मानकन दूना उद्देश्य के मुझे अधिकृत और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों पर कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्मान के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का इकाई नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनपी न्यासी का निर्णय अंतिम और अप्रकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगुली के निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकार, हमारा धर्म की ओर से समर्थन/सहायता को "कोरिन्थियन पत्राचार" से विभिन्न सहायता देते विभिन्न धर्मों की ओर है, जिससे हम (हमारे) विभिन्न प्रकार से राज्य व प्रतीक आते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधिगत साक्ष्य किसी भी सरकारों संघन या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐंटी-माफ़ले में होने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कॉलिफ़ोर्निया फ़ायर-वेयर" से निगमिता/विपरीत उक्त के सम्बन्ध में "कॉलिफ़ोर्निया फ़ायर-वेयर" द्वारा गहरा हेतु कि है। यही "कॉलिफ़ोर्निया फ़ायर-वेयर" द्वारा साक्ष्य विपरीत साक्ष्य/साक्ष्य हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी सरकारों संघन या किसी अन्य संगठन से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय गहरा उक्त ऐंटी-माफ़ले हेतु किसी भी सरकारों संघन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेवे।
2. "कॉलिफ़ोर्निया फ़ायर-वेयर" से ही यह साक्ष्य केंद्र विधिगत प्रकृति की है। ऐंटी या इन्वैस्टिगेशन द्वारा ही यह साक्ष्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव ऐंटी एवं इन्वैस्टिगेशन के बीच का विषय है और "कॉलिफ़ोर्निया फ़ायर-वेयर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए इन्वैस्टिगेशन में ऐंटी के इस्तेमाल सुरक्षा और अपने जाने की सही विधेय/ऐंटी एवं इन्वैस्टिगेशन की ऐंटी और "कॉलिफ़ोर्निया" की कोई सुरक्षा या विधेय/ऐंटी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संसूति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 23/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No. 5087 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छिद्र	Sanjay Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरीक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यापारी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यापारी हस्ताक्षर 2	
		